

健康保険 一部負担金等還付申請書

※必要事項を全て記入（及び捺印）下さい。訂正箇所については、押印した印と同一印で訂正下さい。負傷（ケガ）の場合は組合へご連絡ください（振込先は、事業所指定口座の場合には「ロードしてください」欄、被保険者口座をご希望の場合は「振込金融機関の欄」へ記入・捺印下さい。（ご不明な点等ございましたら、当組合・給付課までご連絡下さい）
 「委任状」欄、被保険者口座を希望の場合は「振込金融機関の欄」へ記入・捺印下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者 (申請者) の氏名と印		(フリガナ)		生年月日		昭和 年 月 日 平成 (歳)		
	被保険者 (申請者) の現住所			TEL		事業所の 名称		住所			
	申請者が氏名		氏名		生年月日		昭和 年 月 日 平成 (歳)		被保険者 との続柄		
	傷病名		発病または 負傷の年月日			平成 年 月 日 時頃		※負傷の場合は場所 []			
	発病または 負傷の原因 及びその経過		どこで、何の為に、何をしている時、どのようにして負傷（発病）した、と詳細に記入して下さい。								
	診療を受けた 医療機関の 名称と所在地		名称		所在地						
	診療の内容							入院・ 入院外の別		入院 入院外	
	診療に要した 費用		円		診療期間		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		日間		
	被災した住所		〒 -								
	還付を申請 する理由 及び添付書類		1. 一部負担金等の免除等を受けられることを知らなかったため 2. 一部負担金等免除申請書の交付が遅れたため 3. 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 4. その他やむを得ない理由により、保険医療機関等への提出ができなかったため ()								
※罹災証明書（免除証明書の申請時に添付している場合は不要です）							罹災証明書をすでに提出 している・していない				
該当する保険医療機関等の領収書の原本											

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日					
	被保険者 (申請者)		住所 _____			
			氏名 _____ ④			
	代理人 (健保口)		住所 _____			
		氏名 _____ ④				

振 込 金 融 機 関	銀行コード _____ 銀行店番 _____		本店		預金種別		
	金融機関 _____		支店				
	口座番号 No. _____		フリガナ _____		1. 普通		
口座名義 _____						2. 当座	
社会保険労務士の提出代行者印						④	

平成 年 月 日
受付日付印

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 TEL 03 (3576) 3511